

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,  
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,  
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,  
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2014

# ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

## К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Володькин В.В., Харкевич Н.Г.*

*УЗ «Больница скорой медицинской помощи»,  
УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Хирургическое лечение паховых грыж не потеряло своей актуальности и в настоящее время. Для профилактики рецидива грыжи современный этап совершенствования методов лечения обосновывается тенденцией не только особенностями хирургической анатомии, но и различным патогенезом паховых грыж.

Некоторые исследователи придают значение местным факторам (особенности анатомического строения паховой области), общим факторам (предрасположенность, возраст, наследственность) и производящим (повышение внутрибрюшного давления). Как анатомическая так и конституциональная предрасположенность к грыжеобразованию скорее отражают условия, благоприятствующие прогрессированию грыжи, а не самой причиной ее возникновения. Наши научные исследования этому подтверждение [2]. Изучая каркасную устойчивость структурных образований паховых областей, мы установили, что у грыжесителей в брюшине, поперечной фасции, в мышце и апоневрозе наружной косой мышцы содержание коллагена и эластина значительно отличается по сравнению со здоровыми лицами. У грыжесителей отмечались выраженные явления коллагенолиза, плотность коллагеновых волокон была низкой.

Уменьшалась интенсивность их окраски, нарушалась параллельная ориентация пучков первого порядка. Здесь же выявлялись толстые эластические волокна. Расположение этих волокон носило хаотический характер. Наблюдались значительные по размеру очаги эластолиза. Кроме этих изменений у грыжесителей выявлены фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани [5], наибольшее число которых было у пациентов с пахово-мошоночными грыжами. Учитывая вышеизложенное, при хирургическом лечении паховых грыж надо помнить, в первую очередь, о метаболических нарушениях в соединительно-тканых структурах этой области и принять соответствующие меры для профилактики рецидива.

**Цель.** Учесть возможные причины возникновения паховых грыж и выбрать оптимальный метод хирургического лечения целью надежности послеоперационного периода.

**Материал и методы.** Обследовано: 503 пациента оперированных в стационарах города Витебска с 2002 по 2006 годы. Возрастной состав был от 18 до 85 лет. Рецидивные и двухсторонние грыжи были у 65 пациентов старше 62 лет, у многих из них были сопутствующие заболевания. Из обследованных повторно оперированы по поводу рецидива 8,4% пациентов. Для изучения каркасной устойчивости образований паховой области у них исследовалось содержание коллагена и эластина в брюшине, поперечной фасции, мышце, апоневрозе.

**Результаты и обсуждение.** При микроскопическом исследовании коллагеновых волокон в вышеперечисленных структурах была выявлена значительная патология. Интенсивность окрашивания коллагеновых волокон была уменьшена, упорядоченность их расположения во многих участках терялась, они были короткими с хаотичным бесструктурным расположением. Многие волокна находились в состоянии распада (коллагенолиза).

Микроскопическое изучение эластических волокон также показало значительное отличие по сравнению со здоровыми лицами. У грыжесителей отмечались выраженные явления эластолиза. Выявлялись толстые эластические волокна, которые располагались хаотично. Отмечалась крайне неравномерная их толщина, наблюдались значительные по размеру очаги эластолиза. Деструкция коллагенов и эластических волокон приводит к ослаблению каркасной функции брюшины, поперечной фасции, мышцы апоневроза и возникновению грыж [4]. У 39 пациентов с паховыми грыжами изучался синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Средний возраст обследованных составил 56,3 лет. Наибольшее количество фенотипических признаков выявлено у пациентов с пахово-мошоночными грыжами (до семи признаков, а у здоровых лиц – от нуля до четырех) [5]. Выявленные нами многослойные структурные нарушения на биохимическом и микроморфологическом уровне играют главную, а возможно, и основную роль в возникновении и рецидиве паховой грыжи.

Существует множество способов герниопластики, но рецидивы грыж возникают при любом способе и количество рецидивов не уменьшается [3]. Теории герниологии не дают четкого объяснения этому явлению, видимо потому, что истинная причина пока остается за пределами нашего сегодняшнего понимания.

Разработаны альтернативные методы пластики пахового канала с помощью алломатериалов. В настоящее время для пластики пахового канала успешно применяется во всем мире дакровая сетка, пропилен и другие. Лучшие непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения паховых грыж при пластике по Лихтенштейну: из 160 пациентов с рецидивными грыжами методом Лихтенштейна оперированы 97 больных, рецидивов не было.

### **Выводы.**

1. Анатомическая предрасположенность к возникновению паховой грыжи признается не всеми исследователями, так как она не учитывает микроморфологические и метаболические нарушения соединительно-тканых структур.

2. При паховых грыжах выявляется прямая вза-

имосвязь между выраженностью морфологических изменений коллагеновых и эластических волокон в структурных образованиях в паховой области.

3. Результаты лечения паховых грыж зависят от возможности устранения микроморфологических нарушений в структурных образованиях в паховой области.

4. Наиболее надежный и патогенетичный из применяемых видов пластики пахового канала является метод Лихтенштейна.

5. Безрецидивный принцип хирургического лечения паховых грыж будет возможен при коррекции нарушений соединительно-тканых структур в паховой области.

#### Литература:

1. Егиев, В.Н. Ненатяжная герниопластика / В.Н.Егиев. – 2002.
2. Володькин, В.В. Макромикроскопические

особенности паховой области и возможные причины рецидива паховых грыж / В.В. Володькин, О.Д. Мяделец, Н.Г. Харкевич // Новости хирургии. – 2006. - Т.14, № 2. – С. 7–12.

3. Володькин, В.В. Обзор различных методов лечения, применяемых при паховых грыжах в клинике / В.В. Володькин, Н.Г. Харкевич // Актуальные вопросы теорет. и практ. медицины. – Гомель, 2005 – С. 37–39.

4. Володькин, В.В. Клинические и морфологические аспекты патогенеза паховых грыж / В.В. Володькин, Н.Г. Харкевич, О.Д. Мяделец // Актуал. вопр. соврем. медицины. – Витебск, 2005. – С. 12–13.

5. Володьки, В.В. Фенотипические дисплазии соединительной ткани у пациентов с паховыми грыжами / В.В. Володькин, Н.Г. Харкевич, С.А. Сушков // Достижения фундам. клин. медицины и фармации. – Витебск, 2007. – С. 9–12.

## БАПНА-АМИДАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Гончарова А.И., Окулич В.К., Савкина М.А.*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Гнойно-воспалительные заболевания составляют основную группу наиболее часто встречающихся заболеваний челюстно-лицевой области. Пациенты с гнойно-воспалительными процессами составляют 10-20% хирургических больных, обращающихся в стоматологические поликлиники, и около 50% пациентов в челюстно-лицевых стационарах [1,2].

Многие вопросы этиологии и патогенеза, профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области до настоящего времени остаются недостаточно решенными, что объясняет постоянный интерес и внимание к ним исследователей.

В настоящее время отмечается повышенный интерес к разработке неинвазивных методов диагностики, что определяется стремлением получить диагностическую информацию о важнейших биохимических показателях, по возможности не нарушая естественные барьеры. При технической простоте и доступности получения слюны она является ценным материалом для получения сведений о реакциях организма больного.

Исследование слюны является одним из распространенных неинвазивных методов оценки общего состояния организма, а также органов полости рта. Особое место среди биохимических показателей слюны занимает определение протеолитической активности [3].

**Цель.** Провести оценку БАПНА-амидазной активности у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

**Материал и методы.** Обследовано 10 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями

челюстно-лицевой области, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «Витебская областная клиническая больница». Забор ротовой жидкости осуществляли натошак в стерильные пробирки, у пациентов в день госпитализации до проведения оперативного вмешательства. По нозологии пациенты были распределены следующим образом: одонтогенный абсцесс имел место у 2 пациентов, одонтогенная флегмона – у 3, острый гнойный одонтогенный периостит – у 2, острый сиалоаденит – у 2, посттравматический остеомиелит – у 1 пациента. БАПНА-амидазная активность ферментов слюны была оценена у 10 пациентов и у 22 доноров.

Для определения БАПНА-амидазной активности слюны в качестве субстрата протеолиза использовали бензоиларгинин-р-нитроанилид. Выбор субстрата обусловлен тем, что распад БАПНА происходит только в результате расщепления амидной (аналога пептидной) связи по аминокислотам Arg-Lis. В лунки плоскодонного стерильного планшета для ИФА вносилось 0,2 мл раствора БАПНА (24 мг БАПНА растворяется в 0,9 мл диметилсульфоксида и доводится до 30 мл 0,05М трис-NaOH буфером-pH 7,4) и 40 мкл ротовой жидкости. Учет результатов реакции осуществлялся после 20-ти часовой инкубации при температуре 37,6°C на анализаторе иммуноферментном фотоэлектрическом при длине волны 410 нм. Для пересчета полученного результата в пикока-талы нами была использована формула:

$$Y = 0,028 + 11 \times E_{\text{оп.}}$$

Где Y – искомый результат;

$E_{\text{оп}}$  – оптическая плотность пробы минус оптическая плотность контроля.